Kiel

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Königlichen Universität zu Kiel.

LANE MEDICAL LIBRARY
MAR 6 1957

Beitrag zu den Graviditäts- und Puerperalpsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der Königlichen Christian-Albrecht-Universität zu Kiel.

Vorgelegt von

Kurt Frommer

aus

Schweidnitz in Schlesien.

Liegnitz 1912.
Druck von Carl Seyffarth.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik
der Königlichen Universität zu Kiel.

Beitrag zu den Graviditäts- und Puerperalpsychosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät der Königlichen Christian-Albrecht-Universität zu Kiel.

Vorgelegt von

Kurt Frommer

aus

Schweidnitz in Schlesien.

Liegnitz 1912.
Druck von Carl Seyffarth.

Nr. 61.
Rektoratsjahr 1911/12.
Ref.: Siemerling.
Zum Druck genehmigt
Heine,
z. Z. Dekan.

Meinen Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0206

Die Fülle von Abhandlungen und Arbeiten über die Graviditäts- und Puerperalpsychosen legt ein beredtes Zeugnis dafür ab, welch Interesse und welch hohe Bedeutung man von jeher diesen Erkrankungen entgegengebracht hat. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die physiologischen Vorgänge, die mit der Menstruation, Gravidität und dem Puerperium einhergehen, einen großen Einfluß auf die Psyche des Weibes ausüben und einen guten vorbereiteten Boden für Geistesstörungen bilden. Schon im Altertum waren diese Psychosen bekannt. So ist die Tatsache interessant, daß schon Hippokrates und Galen von Puerperalpsychosen berichten und uns auch gleichzeitig eine Aetiologie für ihre Entstehung — eine Congestion der Milch- und Lochialausscheidung — angeben. Seither hat man alle möglichen somatischen und psychischen Veränderungen als Aetiologie für die Entstehung der Psychosen herangezogen. Aber auch heutzutage, um dies gleich einmal vorwegzunehmen, kennen wir keinen direkten Kausalnexus zwischen den einzelnen Phasen im Geschlechtsleben des Weibes und den während derselben auftretenden Psychosen, da es bisher nicht gelungen ist, die pathologischen Veränderungen des Gehirns bei Psychosen für unser Auge darzustellen. Eine bedeutende aetiologische Rolle glaubte man früher der Heredität beimessen zu müssen. So kommt Fürstner (1875) in seiner Arbeit über »Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen« zu dem Ergebnis, daß auf Grund des bis dahin veröffentlichten Materials und seiner eigenen Beobachtungen der Erblichkeitsfaktor sehr wohl zu berücksichtigen sei. Aschaffenburg (1890) ist schon der Meinung, daß der Prozentsatz der erblich belasteten unter den an Puerperalpsychosen erkrankten Frauen ungefähr derselbe ist, wie unter den überhaupt geistig Erkrankten (36,97 % der ersteren gegen 32,69 % der letzteren), ja er meint sogar, daß die erblich belasteten Frauen unter den puerperal Erkrankten höchst wahrscheinlich in der Minderzahl gegenüber den anderen Kranken wären, wenn man bei allen Aufgenommenen gleich genaue anamnestische Angaben erhalten könnte. Und so

spielt auch nach den neuesten Angaben von Siemerling (Lehrbuch der Psychiatrie 1909) die Heredität keine große Rolle. Außer der Heredität hat man die Schwere der Entbindung als aetiologisches Moment herangezogen. Doch auch sie ist ohne besonderen Einfluß für die Entstehung der Psychosen. Denn Siemerling fand bei seinen Fällen nur 7,2 % schwere Entbindungen (Zangenextraktion, Wendungen etc.). Als weiteres prädisponierendes Moment hat man Abnormitäten des Zirkulationsapparates und des in ihm kreisenden Blutes mit mehr oder weniger Erfolg beschuldigt. Auch die vielen unangenehmen Gemütseindrücke, denen Schwangere und Puerperale so oft unterworfen sind (Angst vor der Entbindung, Scham vor Außenwelt, Sorgen, Gewissensbisse, Furcht vor Schande) fallen für das Zustandekommen von Psychosen nicht allzuschwer ins Gewicht, im Gegenteil sie treten nach Siemerling mit 4,3 % sehr zurück. Schließlich spielen auch die Lebensstellung und der Familienstand der Frauen ebenso wie der Umstand, ob sie ehelich oder unehelich geschwängert sind, keine allzu besondere Rolle. Vielmehr sieht man heute als wichtigstes aetiologisches Moment für die Graviditäts- und Puerperalpsychosen große Blutverluste in der Schwangerschaft und beim Partus, große körperliche Erschöpfung und vor allem die Infektion an, welch letzteren auch schon Berndt 1828 eine große Bedeutung zuschreibt. Siemerling fand bei seinem Material die Infektion mit 24 % vertreten. Wichtig und bezeichnend ist ferner die Tatsache, daß nach Eklampsie die Puerperalpsychosen mit 16 % zu finden sind.

Aus diesen kurzen Ausführungen ergibt sich, daß wir, wie schon im Eingang erwähnt, eine eigentliche Ursache für Graviditäts- und Puerperalpsychosen nicht kennen, uns diese vielmehr durch die bei ihren Auftreten vorhandenen äußeren Schädlichkeiten zu erklären suchen.

Nach dem übereinstimmenden Urteil sämtlicher Autoren erweist sich am wirksamsten und günstigsten für die Entstehung der Psychosen das Puerperium, dann kommt die Laktationszeit, in dritter Linie erst die Gravidität. Nach Siemerling entfallen 86 % auf Puerperal-, 10 % auf Laktations- und nur 3 % auf Graviditätspsychosen. Dem Alter nach befanden sich 33 % zwischen dem 21. und 25. Lebensjahre, 23 % zwischen dem 26. und 30. Jahre. Erstgebärende waren mit 40 %, Zweitgebärende mit 13 %, Dritt- und Mehrgebärende mit 15 % vertreten.

Ich wende mich nunmehr zu den einzelnen Gruppen der Psychosen, zunächst zu den Graviditätspsychosen. Wichtig ist

hier der Grundsatz, daß es weder eine eigentliche spezifische Graviditäts- noch Puerperal- und Laktationspsychose gibt. Als Ursachen speziell für die Entstehung der Schwangerschaftspsychosen möchte ich außer den oben schon angeführten hier noch an die einschneidenden Veränderungen erinnern, welche die mütterlichen Organe während der Gravidität erleiden (Ausbildung des Placentarkreislaufes und die dadurch wieder bedingte Zirkulationsstörung der mütterlichen Organe in Form von vorübergehenden Anämien). Für die Graviditätspsychosen sind Primiparae und Multiparae nach Hoche in gleicher Weise inkliniert (erstere mit 10,64 %, letztere mit 11,59 %). Die häufigste Form der Psychose in der Schwangerschaft ist die Melancholie, die meist in der zweiten Hälfte der Gravidität auftritt. Sie zeichnet sich durch die Schwere der Erscheinungen — sehr oft mit heftigem suicidalen Trieb — aus, sodaß einzelne Autoren z. B. Jolly therapeutisch die Einleitung der künstlichen Entbindung empfehlen. Selbstverständlich wird man aber die Indikation zur Einleitung des Abortes als therapeutisches Mittel stets individuell, von Fall zu Fall zu stellen haben.

Einer zweiten häufigen charakteristischen Schwangerschaftspsychose begegnen wir in der Chorea gravidarum, die sich entweder allmählich entwickelt, oder in stürmischer Weise unter hohem Fieber plötzlich ausbricht. Diese letzteren Fälle führen unter heftigen Erregungs- und Verwirrtheitszuständen oft in kurzer Zeit ad exitum.

Erwähnen möchte ich hier auch noch die psychischen Störungen während des Geburtsaktes, die meistens mit Beendigung desselben wieder verschwinden. Daß das ganze Nervensystem und die Psyche des Weibes in den qualvollen Stunden der Geburt auf das äußerste gespannt sind und so leicht Schaden leiden, ist ohne weiteres verständlich. Man beobachtet intra partum leichte, kurze Zeit anhaltende Dämmerzustände mit hallucinatorischer Verwirrtheit, ja auch mit Tobsuchtsanfällen. Meist besteht nachher totale Amnesie für die Vorgänge während der Geburt und für die Geburt selbst. Wichtig ist und besonders von forensischem Interesse die Tatsache, daß die Kranken während dieser Dämmer- und Verwirrtheitszustände oft zu Gewalttaten vor allem gegen das neugeborene Kind neigen.

Am häufigsten brechen jedoch die Geisteskrankheiten im Puerperium aus, und man spricht von Puerperalpsychosen, wenn die Geistesstörung in den ersten 6 Wochen nach der Entbindung beginnt, von Laktationspsychosen, wenn die Wöchnerinnen nach dieser Zeit geistig erkranken. Bezüglich der Aetiologie dieser

Psychosen möchte ich hier noch die Worte von Behr (Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen) anführen: »Es stehen sich hier drei Gruppen mehr oder weniger scharf gegenüber. Die eine wird vor allem von seiten der älteren Psychiater vertreten. Sie legen das Hauptgewicht auf die Geburt selbst, auf die damit verbundenen vielfachen erschöpfenden körperlichen und psychischen Störungen im Puerperium, während die zweite Gruppe, die ihre Vertreter besonders unter den Gynäkologen findet, den Schwerpunkt auf eine im Anschluß an die Geburt entstandene Infektion legen will. Die dritte Gruppe, die besonders von Hallervorden vertreten wird, tritt für die toxische Grundlage der Puerperalpsychosen ein.« Man wird deshalb auch hier gut tun, nicht blos ein Moment aetiologisch anzuschuldigen, sondern das Zusammenwirken mehrfacher der oben angeführten prädisponierenden Schädlichkeiten wird uns die Ursache für den Ausbruch der Psychose erst recht verständlich machen. Nach den Erfahrungen von Siemerling bricht die Hälfte aller Puerperalpsychosen in der ersten Woche post partum, und 60 % aller Erkrankungen in den ersten 14 Tagen nach der Entbindung aus, während die Laktationspsychosen nach Krafft-Ebing selten vor dem dritten Monat sich entwickeln. Nach Hoche sind speziell Primiparae für die Puerperalpsychosen besonders prädisponiert, während für Multiparae Puerperium und Laktation gleich gefährlich sind. Am häufigsten treten die Puerperalpsychosen nach Scherer im 20. bis 30. Lebensjahr mit 56 % auf, 19 % entfallen auf das 30. bis 35. Lebensjahr, von da an nehmen sie rasch ab.

Da wir keine spezifische puerperale Psychose kennen, so kann gelegentlich jede Geisteskrankheit im Verlauf des Wochenbetts vorkommen. Die seltenste Erkrankung ist die progressive Paralyse, wenn man überhaupt einen ursächlichen Zusammenhang zwischen dieser Geisteskrankheit und dem Puerperium anerkennt, und nicht der Meinung ist, daß die Schwangerschaft und das Puerperium nur die Gelegenheitsursache zum Ausbruch der durch frühere Infektion hervorgerufenen progressiven Paralyse ist. Ebenso selten ist die chronische Paranoia. Meist handelt es sich dabei um Exacerbationen einer schon lange bestehenden Erkrankung. Eine relativ häufige Geistesstörung im Wochenbett ist die Manie (nach Siemerling 5 %) mit ihren charakteristischen Symptomen (heiterer Affekt, lebhafter Stimmungswechsel, rascher Bewegungsdrang usf.). Ohne erhebliche Trübung des Bewußtseins und ohne daß besondere Sinnestäuschungen hervortreten, entsteht die Manie meist in der

ersten Woche nach der Entbindung und dauert 4 bis 5 Wochen. Ihre Prognose ist meist gut. Das Delirium akutum ist mit 4,5 % und die Fieberdelirien sind mit 13 % nach Siemerling anzutreffen. Diese Erkrankungen gehen mit Bewußtseinstrübung, Desorientierung, Sinnestäuschungen und großer motorischer Unruhe einher. Die Prognose, vor allem die des Deliriums akutum ist sehr ungünstig, meist erfolgt Exitus letalis. Die Sektion ergibt Pachymeningitis haemorrhagica, Hyperaemia cerebri und miliare Blutungen. Hierzu rechnen auch die Fälle von Chorea puerperalis, meist mit septischen Erkrankungen verknüpft. Der Ausbruch erfolgt meist unmittelbar nach der Entbindung. Bezüglich der Häufigkeit der Katatonie im Puerperium sind die Ansichten der Autoren geteilt. So gibt E. Meyer 27 % an, Siemerling nur 2 %. Wie Siemerling meint, dürfte dieser Unterschied der Häufigkeit der Katatoniefälle wohl zu einem großen Teil durch das subjektive Moment, was gerade bei der Stellung dieser Diagnose nicht gut zu eliminieren ist, zu erklären sein.

Die häufigsten und wichtigsten Psychosen im Puerperium sind jedoch die Melancholie und das akute halluzinatorische Irresein. Erstere findet sich nach Siemerling mit 12,5 %, letztere mit 55,4 %. Die puerperale Melancholie zeichnet sich ebenso wie diejenige der Gravidität durch die Schwere des Krankheitsbildes aus. Meist schon in den allerersten Tagen post partum ausbrechend, beginnt sie sofort mit hochgradigem Angstgefühl, Depression, Versündigungs- und Verfolgungsideen. Sehr oft kommt es zu ernsten Selbstmordversuchen und zu agressiven Handlungen gegen das neugeborene Kind. Der Verlauf dauert ungefähr 6 Monate, und der Beginn der Genesung hängt oft zusammen mit dem Eintritt der Menstruation.

Das akute halluzinatorische Irresein ist charakterisiert durch den raschen Beginn, Bewußtseinstrübung, durch Sinnestäuschungen und motorische Reizerscheinungen. Fürstner unterscheidet in dem ganzen Krankheitsbild drei Stadien. Die erste Phase mit großer halluzinatorischer Erregung. hochgradiger sich steigernder Verworrenheit und motorischer Unruhe geht über in ein stupides stummes Verhalten, wobei die Sinnestäuschungen fortbestehen, die manchmal die Kranken zu Gewalttaten fortreißen. In dem Endstadium schwinden allmählich die Sinnestäuschungen, die Kranken erwachen aus ihrem Stupor, und werden geistig wieder normal. Das zweite Stadium mit den Tobsuchtsanfällen kann fehlen, und das Krankheitsbild mit den halluzinatorischen Erregungszuständen

kann ohne weiteres in Rekonvaleszenz übergehen. Überhaupt ist der Verlauf der Amentia im Puerperium ein sehr verschiedener und abwechselungsreicher Manchmal treten die Sinnestäuschungen sehr zurück, oft besteht dann Unorientiertheit und rasch wechselnde, bald ängstlich reizbare, bald gehobene Stimmung. Zuweilen entwickelt sich eine akute Paranoia als ausgesprochener Laktationseifersuchtswahn. Die Prognose ist in der Mehrzahl der Fälle günstig zu stellen.

Zu erwähnen sind noch die Psychosen nach Eklampsie. Da bezüglich der Aetiologie dieser Erkrankung die Gynäkologen von heut wohl allgemein der Ansicht sind, daß die Eklampsie durch Intoxikation und zwar durch Toxine, die vom Fötus ausgeschieden werden, hervorgerufen wird, weil durch eine sofortige Entbindung die Krankheitserscheinungen in der Regel rasch zurückgehen, so gewinnt gerade hier die Annahme sehr an Überzeugung, daß auch die geistigen Störungen bei Eklampsie durch fötale Toxine, die das Gehirn der Mutter schädigen, verursacht werden. Es handelt sich bei dem eklamptischen Puerperae meist um ein kurz dauerndes soporöses Stadium mit Verwirrtheitszuständen, das meistens, nachdem die eklamptischen Anfälle aufgehört haben, vollkommen verschwindet.

Bei den Laktationspsychosen handelt es sich nach Krafft-Ebing in der Mehrzahl der Fälle um ein manisches, seltener um ein melancholisches Krankheitsbild. Die Prognose dieser Psychosen ist nach demselben Autor nicht ungünstig, aber weniger gut als bei den gewöhnlichen Puerperalpsychosen.

Im folgenden möchte ich eine kurze Übersicht über die Graviditäts- und Puerperalpsychosen geben, die im Jahre 1910 in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Kiel in Behandlung kamen, und deren Krankengeschichten Herr Geheimrat Siemerling mir in liebenswürdigster Weise zur Bearbeitung überlassen hat. Es wurden im Jahre 1910 in der Kieler Universitätsklinik im Ganzen 398 geisteskranke Frauen aufgenommen. Unter diesen befanden sich:

4 Graviditätspsychosen,
11 Puerperalpsychosen.

Von den Graviditätspsychosen waren 3 verheiratet, 1 ledig; 3 Multiparae, 1 Primiparae. Hereditäre Belastung ließ sich in keinem einzigen Falle sicher nachweisen. Der Krankheitsform nach handelte es sich einmal um Melancholie, einmal um hysterische Dämmerzustände mit Halluzinationen und zweimal um Depressionszustände von melancholischer Färbung. Unter den 11 Puerperal-

psychosen befanden sich 3 ledige, 8 verheiratete Frauen. Es waren Primiparae 4 (darunter die 3 ledigen), Multiparae 7. Heredität war nur ein einzigmal nachzuweisen. Es wurde diagnostiziert: 5 mal puerperale Katatonie (darunter einmal kombiniert mit dem Ausbruch einer floriden Lungenphtise), 2 mal puerperale Melancholie, 2 mal hysterische Depression, 1 mal Depressionszustände wegen gerichtlicher Alimentationsklage, 1 mal epileptischer Stupor (Dementia epileptica).

Ich beschränke mich auf diese kurze Zusammenstellung der Fälle; denn es ist natürlich nicht angängig, dies kleine Material irgendwie statistisch zu verwerten. Nachstehend sei es mir jedoch gestattet, über die interessantesten Fälle der mir zur Verfügung stehenden Puerperalpsychosen ausführlich zu referieren:

I. Fall.

Frau K., Malergehilfenfrau, 23 Jahre. Aufnahme 2. Mai 1910. Anamnese abgegeben vom Mann: Vater Potator, an Unglücksfall gestorben, Mutter an Tuberkulose gestorben. In der Schule gut gelernt, nachher zu Hause bei den Eltern. Periode regelmäßig vom 14. Lebensjahre ab. Seit 2 Jahren verheiratet. Zwei Geburten 1905 und 1909. Immer normaler Partus und normales Wochenbett. Jetzt wieder gravida. Patientin sei sehr nervös und gereizt, könne sich über jede Kleinigkeit aufregen, aber sei sonst gutmütiger Charakter. Gedächtnis sei gut. Während der ersten beiden Schwangerschaften etwa vom 2. Monat ab bis zum Schluß der Gravidität sei Patientin »geistig gestört« gewesen. Sie bekam — oft mitten in einer ganz vernünftigen Unterhaltung — schreckliche Angstanfälle, die aber besonders abends und in der Nacht häufig auftraten. Patientin fühlte sich verfolgt, schrie dann laut um Hilfe, warf mit Gegenständen nach ihrem Mann, den sie nicht erkannte; oder sie sah Männer mit Messern und Blut, die sie erstechen wollten. »O wie riecht das hier nach Blut, o macht doch nur all das Blut weg, da kommen sie alle, jetzt wollen sie mich ermorden.« Während der Anfälle verlangte Patientin oft das Rasiermesser, um sich den Hals zu durchschneiden. Doch nie Conamen suicidii.

Patientin macht bei ihrer Aufnahme einen ruhigen Eindruck, ist zeitlich und örtlich gut orientiert und gibt auf Fragen prompt Antwort. Sie erzählt, daß sie während der ersten Schwangerschaft 3 mal ganz plötzlich auf der Straße hingefallen sei, doch habe sie nachher von nichts mehr gewußt, auch vorher keine Aura. Von ihrer Schwester sei ihr damals erzählt worden, daß sie abends und nachts Angstanfälle gehabt, um Hilfe geschrieen und Gestalten gesehen habe. Sie selbst wisse von alledem nichts. Während der zweiten Schwangerschaft habe sie ganz dieselben Zustände gehabt und nun seien sie seit einer Woche wieder aufgetreten. Sie liege seit dieser Zeit auch tagsüber im Bett, verhalte sich nach ihrer Meinung vollkommen ruhig, und schlafe auch abends gleich ein. Ihr Mann aber behaupte, daß sie dann die Angstanfälle bekomme. Sie selbst fühle sich jetzt sehr matt, das Denken falle ihr schwer, sie sei auch sehr vergeßlich.

Körperlicher Befund ohne Besonderheiten. Reflexe normal, Sensibilität nicht gestört.

3. Mai plötzlich in der Nacht ängstlich, ruft, sie sähe einen Kerl dastehen, beruhigt sich aber schnell wieder. Will am Morgen nichts mehr davon wissen.

5. Mai. Beide Nächte gut und ruhig geschlafen, guter Stimmung.

8. Mai. Guter Schlaf und gute Stimmung halten weiter an.

10. Mai. Steht auf, frohes kindliches Wesen, beschäftigt sich. Schläft gut ohne irgend welche Unruhe und Illusionen.

12. Mai. Geheilt entlassen.

II. Fall.

Fräulein W., Dienstmädchen, 25. Jahre. Aufnahme 12. April 1910. Anamnese abgegeben vom Dienstherrn: Patientin ist vor 2 Jahren aus den russischen Ostseeprovinzen nach Schleswig-Holstein gekommen. Seit ¼ Jahre bei Referenten. Hat stets in ihren Stellungen zur Zufriedenheit ihrer Dienstherrschaft gearbeitet, und ist stets pünktlich und zuverlässig gewesen. Schwere Arbeit konnte sie nicht recht verrichten. Patientin war sehr bleichsüchtig und klagte viel über Kopf- und Magenschmerzen, auch über häufiges Erbrechen nach dem Essen. Sie machte öfters Äußerungen, daß ihr am Leben nichts mehr liege, doch lachte sie gleich darauf wieder. Von sonstigen auffallenden Gemütsverstimmungen hat Referent nichts bemerkt. Am Morgen des 7. April hat Referent die Patientin in seinem photographischen Atelier mit einem Strick um den Hals, den sie an einer Portierenstange befestigt hatte, besinnungslos am Boden liegend aufgefunden. Patientin machte noch schwache Atembewegungen und die sofort durch einen Arzt angestellten Wiederbelebungsversuche waren von Erfolg. Am folgenden Tage klagte Patientin über heftige Kopfschmerzen und lag matt zu Bett. Am übernächsten Tage wurde Patientin in die Nervenklinik eingeliefert.

Patientin macht bei ihrer Aufnahme einen verstimmten Gesichtsausdruck. Sie ist zeitlich und örtlich orientiert, gibt auf Fragen gut Antwort. Ihre Eltern und Geschwistern sind gesund, doch habe sie seit über 3 Jahren nichts mehr von ihren Angehörigen gehört. Bis zum 16. Lebensjahr von einem russischen Hauslehrer unterrichtet. Später mit ihren Eltern entzweit, weil sie einen Mann heiraten sollte, den sie nicht mochte. Bis zum 22. Lebensjahre Haushälterin bei einem russischen Fürsten. Patientin sei oft traurig und verstimmt gewesen, weil sie von den Eltern getrennt war. Einmal habe sie Gift nehmen wollen aus Lebensüberdruß, doch sei sie rechtzeitig daran verhindert worden. Ferner sei sie einmal ins Wasser gesprungen, doch auch da sei sie gerettet worden. Ungefähr seit dieser Zeit sei Patientin sehr nervös geworden, »es sei nicht mehr richtig im Kopf gewesen.« Sie ging zwar wieder in Stellung, doch wechselte sie diese öfter, weil ihr die Arbeit zu schwer fiel, und sie sich krank und schwach fühlte. In der letzten Zeit habe sie viel erbrochen. In der Nacht vom 6. zum 7. April habe sie den Selbstmordversuch gemacht, weil sie befürchtete, schwanger zu sein, und sich zu »schlecht fühlte und nicht mehr fähig zum Arbeiten.« Sollte sie wirklich schwanger sein, so würde sie kein Mensch davon zurückhalten, sich von neuem etwas anzutun. Diese Schande würde sie nicht überleben.

Körperlicher Befund: Leichter Strangulationsstrich am Halse, am linken Handgelenk Schnittmarke. Reflexe und Sensibilität normal, Sprache und Gang ohne Befund. Menses unregelmäßig, meist alle 3 Wochen, letzte Periode vor 6 Wochen. Die gynäkologische Untersuchung ergibt eine Gravidität im 3. Monat.

14. April. Ruhig zu Bett. Klagt darüber, daß sie soviel essen müsse, obwohl sie doch alles wieder erbreche, was die Pflegerin jedoch bisher nicht bemerkt hat. Keine Hemmung, beobachtet aufmerksam ihre Umgebung.

20. April. Ist im allgemeinen besser gestimmt; meint, es wäre ihr alles recht, wenn sie nur nicht befürchten müsse, schwanger zu sein.

23. April. Stimmung sehr depressiv. Erklärt dem Arzte, sie spüre in den Brüsten und im Leibe, daß ihre Vermutung richtig sei.

15. Mai. Dauernd sehr einsilbig, traurig und gedrückt.

23. Mai. Zur Einleitung des künstlichen Abortes nach der Frauenklinik verlegt.

3. Juni. Aus der Frauenklinik entlassen, stellt sich Patientin vor. Sie ist guter Stimmung und fühlt sich nicht mehr betrübt und traurig.

4. Juni. Geheilt entlassen.

III. Fall.

Frau D., Kochfrau, 24 Jahre, erste Aufnahme 26. Juli 1907. Anamnese abgegeben von der Schwiegermutter: Eine Schwester geisteskrank in der Irrenanstalt. Patientin war als Kind stets gesund und hat in der Schule gut gelernt, immer fröhlich und vergnügt. Mit 14 Jahren konfirmiert, dann in Stellung als Stütze bei einem Lehrer. Später zu Hause. Mit 23 Jahre Heirat. Glückliche Ehe. Vor 3 Jahren Frühgeburt im 6. Monat. Kind tot. Patientin erkrankte in den letzten 4 Wochen der Gravidität an Nierenentzündung. Geschwollene Füße und Herzschwäche. Deswegen in ärztlicher Behandlung. Nach der Entbindung schwand Schwellung der Füße, Patientin fühlte sich munter und stand auf. 14 Tage post partum bekam Patientin Zittern am ganzen Körper, wurde schwach und mußte sich zu Bett legen. Fing sofort an zu phantasieren, sagte sie müsse sterben, der liebe Gott habe sie gerufen. Äußerte Versündigungsideen, der liebe Gott wolle sie strafen, sie habe gemordet, sie habe ihren Mann gemordet. Keine Selbstmordgedanken. Nachts war Patientin sehr unruhig, warf mit den Betten, spuckte und schlug nach dem Mann und der Schwiegermutter. Seit 3 Tagen kann Patientin kein Wasser mehr lassen. Bei der Aufnahme in die Klinik macht Patientin einen ruhigen Eindruck, spricht nichts, antwortet auch nicht auf Fragen. Zu Bett gebracht sagt sie plötzlich: »Leben kann ich immer und singen.« Sitzt in starrer Haltung unbeweglich auf dem Stuhl, den Kopf nach einer Richtung gewandt. Gesichtsausdruck gespannt. Antwortet langsam und zögernd auf Fragen: »Ich soll hier nicht singen, sagt der Professor.«

Wo hier? . . . . . »In der Klinik.«

Was für eine? . . . . . »Nein, das ist die Kirche . . . . nein die Klinik . . . . . Nervenklinik.«

Datum? . . . . . »16.« (in Wirklichkeit 26.).

Monat? . . . . . »Juli« (stimmt).

Jahr? . . . . . »1883« . . . . . »1907« (stimmt).

Warum zu Hause so aufgeregt? . . . »Die Uhr ging immer!«

Angst? . . . . . »Nein.«

Traurig? . . . . . »Ja . . . . . Oftmals! . . . Ich war nervös.«

Stimmen gehört? . . . . . »Ja von meiner Mutter, Marta ist auch dagewesen.«

Patientin ist sehr gespannt, antwortet schließlich garnicht mehr und bleibt in starrer aufrechter Haltung im Bett sitzen.

Körperlicher Befund: Kopf auf Beklopfen nicht druck- und schmerzempfindlich. Reflexe normal. Gang etwas unsicher, Sprache ohne Befund. Rechte Nierengegend auf Druck sehr empfindlich, linke nicht.

26. Juli. Patientin hat bis zum Abend keinen Urin gelassen, Blase leer, verweigert Nahrungsaufnahme, spricht nicht, stets die starre Haltung. Abends Fütterung. Da der Leib sehr hart ist, Rizinusöl. Danach reichlich dünner Stuhl.

27. Juli. Patientin in der Nacht nicht geschlafen, immer aufrecht und starr im Bett gesessen, versuchte verschiedene Male aus dem Bett zu steigen, spricht nichts. Im Laufe des Tages keinen Urin gelassen. Abends katheterisiert: 500 ccm trüben Urins von sauerer Reaktion, Eßbach 3 ‰. Mikroskopisch: Zahlreiche granulierte Zylinder, Epithelien, vereinzelte Leukocyten. Abends Kochsalzinfusion.

28. Juli. Nachts gut geschlafen, kein Urin, Packung in heiße Tücher, Puls frequent, gespannt. Fütterung, antwortet nicht auf Fragen, aber weniger starr.

29. Juli. Muß immer noch mit der Sonde gefüttert werden. Liegt still zu Bett, oft widerstrebend.

31. Juli. Unverändert dasselbe Bild. Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung.

3. August. Ißt seit gestern von selbst, spricht auch zuweilen einige Worte; sehr widerstrebend. Muß immer noch katheterisiert werden

5. August. Eitriger Vaginalausfluß. Leib schmerzhaft, seit 3 Tagen dauernd 39°. Gynäkologische Untersuchung ohne Befund.

7. August. Nahrungsaufnahme gut, näßt jetzt dauernd ein. Spricht zuweilen einige Worte, dann wieder ganz still, gibt auf Fragen keine Antwort sieht jedoch den Fragenden an, als ob sie ihn verstünde.

9. August. Besuch von Verwandten: Spricht mit ihnen nichts, ist überhaupt sehr widerstrebend und still.

13. August. Schläft wenig, aber ruhig. Verhält sich stumm, beobachtet aber anscheinend ihre Umgebung gut.

20. August. Liegt dauernd unbeweglich im Bett, starrt ins Leere, gibt zuweilen auf Aufforderung die Hand. Im Urin immer noch Albumen, vereinzelte hyaline und granulierte Zylinder, reichlich Leukocyten.

3. September. Besuch von ihrer Mutter, mit der sich Patientin unterhält. Zeigt sich auch sehr erfreut über das Wiedersehen.

6. September. Wieder sehr still und widerstrebend.

14. September. Unverändert dasselbe Bild. Bei passiven Bewegungen sehr widerstrebend.

28. September. Täglich 1½ Stunde außer Bett. Lacht zuweilen bei freundlichem Zureden.

6. Oktober. Ißt sehr gut, befolgt Aufforderungen zögernd, geht mit in den Garten, beobachtet anscheinend die Umgebung aufmerksam, spricht aber nichts. Hält sich bei der Visite die Hand vor den Mund, lächelt zuweilen.

12. Oktober. Unverändert gehemmt, Nahrungsaufnahme gut.

22. Oktober. Versucht zu sprechen, bringt aber nur einige unverständliche Laute hervor.

30. Oktober. Gebessert gegen Revers entlassen und von der Schwiegermutter abgeholt.

Die nach ¾ Jahren nach der Entlassung der Patientin an den Ehemann ergangene Anfrage nach dem Befinden seiner Frau beantwortete derselbe

folgendermaßen: »Meine Frau ist ziemlich wiederhergestellt. Spuren der früheren Erkrankung sind nicht mehr zu erkennen.«

Zweite Aufnahme der Patientin nach 3 Jahren.

4. Juli 1910. Anamnese abgegeben von der Schwiegermutter: Nach der Entlassung im Oktober 1907 sei Patientin noch nicht gesund gewesen. Erst Anfang April 1908 sei Patientin plötzlich gesund geworden. An dem einen Tage noch wunderlich, am nächsten Tage vollkommen normal. Im Winter 1907—1908 sei Patientin noch nicht »klar von Verstand« gewesen. Meinte am Abend, es sei Morgen und umgekehrt. Auch wußte Patientin nicht, daß sie in der Nervenklinik gewesen war. Über Ort und Person war sie zu Hause im klaren. Körperlich war Patientin schwach, matt, erschien träge und unlustig zur Arbeit. Schlief wenig. Nach der plötzlichen Genesung im April 1908 war Patientin dann sehr fleißig und sauber und gut gestimmt. August 1909 Abort im 5. oder 6. Monat. Acht Tage danach fing Patientin plötzlich an zu phantasieren, war ängstlich, wollte abends nur mit Licht schlafen gehen, saß still und stumm zu Hause da und gab verkehrte Antworten. Wenn man Patientin aufforderte, spazieren zu gehen, behauptete sie, es regne draußen, auch wenn das schönste Wetter war. Kümmerte sich überhaupt nicht mehr um ihren Haushalt; wusch sich nicht mehr, besorgte ihr Haar nicht, das sie sonst sorgfältig gepflegt hatte. Seit Ostern vollkommen stumm und interesselos. Nur zeitweilig sehr aufgeregt. Sie schlug dann nach ihrer Umgebung ohne Grund und sprach oft mit einer Katze wie zu einem kleinen Kinde. Bei ihrer Aufnahme läßt sich Patientin stumpf lächelnd ins Arztzimmer bringen. Affektloser Ausdruck. Patientin gibt auf Befragen an: »Es gehe ihr gut, wisse nicht, wann sie hier gewesen sei. Sie wisse auch nicht, weshalb sie hierher gebracht sei. Stimmen habe sie zu Hause gehört, auch jetzt höre sie Stimmen. Ihre Arbeit habe sie stets verrichtet. Sie wisse noch, daß sie in der Klinik mit dem Schlauch gefüttert worden sei und daß sie nicht essen wollte, weshalb, könne sie nicht sagen. Patientin macht einen durchaus blöden Eindruck, sitzt regungslos auf dem Stuhl und hat die Hände gefaltet.

Sind Sie krank? . . . . lächelnd . . . »Nein.«

Schmerzen? . . . . affektloses Lächeln . . . »Nein.«

Waren Sie schon einmal hier? . . . . »Ja.«

Warum hier? . . . . »Da soll ja nachgesehen werden.«

Waren Sie krank? . . . . »Ja.«

Auf Befragen . . . . »nervös.«

Was gemacht? . . . . »Da habe ich geschlafen.«

Ein andermal gibt sie auf die Frage weshalb sie hier sei, zur Antwort: »Ich sollte gewaschen werden, weil ich am ganzen Körper schmutzig bin.«

30. Juli. Dauernd stumpf, gleichgültig, macht ihr Bett, wenn man sie dazu anhält. Antwortet auf Fragen nichts. Sitzt den ganzen Tag immer auf demselben Stuhl an derselben Stelle. Beschäftigt sich garnicht. Lacht unmotiviert. Appetit und Schlaf gut.

Ungeheilt nach Irrenanstalt Neustadt überführt.

Auf eine Anfrage nach dem jetzigen Befinden der Patientin stellten mir die Direktion der Provinzial-Irrenanstalt in Neustadt in liebenswürdiger Weise die Krankengeschichte zur Verfügung, der ich folgendes entnehme:

Patientin ist dauernd stumpf, sitzt oft den ganzen Tag auf derselben Stelle. Erregungszustände treten nicht hervor. Beim Besuch von Schwager und Bruder,

die Patientin beide erkennt, unterhält sie sich etwas mit ihnen. Nach einigen Wochen beginnt Patientin sich etwas in der Nähstube zu beschäftigen, doch ohne Ausdauer, ist dabei stets gleichmäßig still. Nachdem Patientin schließlich 3 Wochen auf Urlaub mit der Absicht auf endgültige Entlassung von ihren Angehörigen abgeholt ist, wird sie Ende 1911 gegen Revers als gebessert entlassen.

IV. Fall.

Frau B., 25 Jahre. Aufnahme 8. April 1910. Anamnese abgegeben von der Schwägerin: Über Heredität nichts bekannt. Eltern beide tot. Referentin kennt Patientin seit 2 Jahren. Patientin war früher Fabrikarbeiterin. Seit 1½ Jahren mit einem Gerber verheiratet. Januar 1910 Geburt von Zwillingen. Schwangerschaft von normalem Verlauf. Bei Geburt sehr starker Blutverlust. Seither war Patientin sehr matt, fror, schlief schlecht und fühlte sich unlustig zur Arbeit. Patientin sprach sehr wenig und befand sich in einer trüben, traurigen Verstimmung. Sie hatte sich in den Kopf gesetzt, daß das Geld nicht mehr reiche, und daß sie den Lebensunterhalt nicht mehr aufbringen könnte. Keine Suicidgedanken geäußert.

Patientin macht bei der Aufnahme einen gehemmten und depressiven Eindruck. Achtet nicht auf ihre Umgebung. Antwortet zaghaft, zögernd. Sie ist zeitlich und örtlich orientiert und gibt an: In der Schule gut gelernt, nachher in Dienst, später in der Fabrik. Glückliche Ehe. Vor 10 Wochen Zwillingsgeburt, viel Blut verloren, habe nicht selbst gestillt. Seit der Geburt fühle sich Patientin traurig und verstimmt. Sie könne von dem Gedanken nicht mehr loskommen, daß sie nun nicht mehr alles bezahlen könne. Infolgedessen könne sie auch nicht mehr ordentlich schlafen und habe auch keine Lust mehr zur Arbeit. Selbstmordgedanken habe sie nicht gehabt.

10. April. Traurige Verstimmung, erklärt, es gehe ihr nicht gut, denke viel an ihre Kinder.

15. April. Gleichmäßig gehemmt, gibt jedoch kurze Antworten mitunter.

20. April. Etwas freier, spricht etwas mehr. Keine Klagen.

28. April. Macht psychisch freien Eindruck, schläft gut, bittet nach Hause entlassen zu werden, habe Sehnsucht nach ihren Kindern.

5. Mai. Steht auf, beschäftigt sich etwas.

15. Mai. In der letzten Zeit völlig frei. Unterhält sich, lacht mitunter. Krankheitseinsicht.

16. Mai. Geheilt entlassen, vom Ehemann abgeholt.

Auf eine Anfrage nach ihrem jetzigen Befinden teilt Patientin selbst mit: Sie fühle sich gesund und munter und verspüre auch nichts mehr von ihrer früheren Erkrankung. In der Zwischenzeit habe sie wieder ein kleines Mädchen geboren. Geburt und Wochenbett seien völlig normal und ohne irgendwelche geistige Störungen verlaufen.

V. Fall.

Frau B., 27 Jahre, Aufnahme 23. Mai 1910.

Da Patientin zunächst vom 24. März bis zum 23. Mai im Altonaer Krankenhaus in Behandlung war, so teile ich zuerst die Krankengeschichte aus dieser Anstalt im Auszuge mit. Die Anamnese ist damals von dem Ehemanne abgegeben: Vater der Patientin soll an Delirium gestorben sein. In der Schule hat Patientin gut gelernt, seit 5 Jahren verheiratet, immer etwas merkwürdig,

schimpfte und räsonnierte viel, war auch etwas eifersüchtig. Vier Entbindungen, normale Geburten, stets normales Wochenbett, letzte Entbindung vor 14 Tagen. Kind starb während der Geburt. Seitdem psychisch schlechter. Sah Gestalten, z. B. Jesus Christus, machte viel Lärm, war sehr erregt, schlug Fenster ein, ohne dabei auf die verletzte Hand zu achten, schlug auch mit dem Beile nach dem Mann. Verkehrte mit keinem Menschen und war sehr schreckhaft.

Bei der Aufnahme sehr erregt, schlägt um sich, maniriert pastorale Bewegungen. »Ihr habt mich umgebracht, an den Fingern ist Blut. Muß isoliert werden.

26. März. Erzählt von geheimnisvollen Offenbarungen, dann von ihrem Mann, der gegen sie als der Teufel aufgestachelt sei. Habe jeden Tag Erscheinungen, könne prophezeien. Ihren Mann hätte sie unter Umständen auch totgeschlagen.

Am 23. Mai in die Kieler Nervenklinik überführt.

Patientin geht ruhig zur Abteilung. Sitzt bei der Exploration ruhig da, gibt prompt Antwort. Schnalzt öfters mit der Zunge, erklärt auf Befragen, sie verliere ihre Stimme. Äußerlich ruhig und geordnet.

Wo hier? . . . . »Weiß ich nicht, ich weiß nicht, wie ich hierher gekommen bin.«

Weshalb im Krankenhause? . . . . »Weil ich nervenkrank war.« Auf Befragen . . . . »Habe gescholten.«

Wen? . . . . »Ihren Mann.« Weshalb? . . . . »Um meines evangelischen Glaubens willen.«

Dann erklärt sie plötzlich, 3 Schutzleute kämen herein und sagten, Luther ist draußen.«

Welches Ihr Glaube? . . . . »Ich bin das nachgeahmte Christuskind.«

Wie kommen Sie auf den Gedanken? . . . . »Weil ich alles immer voraussehen kann, das habe ich schon als kleines Kind gekonnt.«

Patientin spricht ferner viel vom »geistlichen Leben, was der Teufel ist und was der Mensch ist.« Sie habe ein Leben durchgemacht, wie Christus. Andere Leute hielten sie für verrückt, während sie stets nur von ihrem Glauben und ihren Offenbarungen spreche. Sie höre auch viel Stimmen und verstände, was die Vögel pfiffen. —

Körperlicher Befund ergibt keine Besonderheiten. Reflexe etwas gesteigert. Patientin ist bei der ärztlichen Untersuchung sehr mißtrauisch, meint, der Arzt wolle ihr etwas tun, wehrt fortwährend ab.

28. Mai. Verhält sich ruhig. Sitzt am Tage meist aufrecht im Bett, lacht mitunter maniriert, wenn sie nach Stimmen gefragt wird. Ist scheu, zurückhaltend, ängstlich.

29. Mai. Etwas erregt, hält mit lauter Stimme sinnlosen Vortrag.

3. Juni. Oft gespannter Gesichtsausdruck; führt viel Selbstgespräche, fängt zeitweilig an zu schimpfen, erzählt manchmal sonderbare Geschichten, die sie mehrmals hintereinander wiederholt.

9. Juni. Etwas unruhiger, singt sehr viel mit pathetischer Stimme, macht dazu manierte Gesten. Spricht konfus vor sich hin: Sie sei wohl keine Frau mehr, sondern ein Mann.

24. Juni. Zunehmende Unruhe. Spricht fortwährend vor sich in scheltendem Tone hin, wiederholt immer wieder, ihr Kind sei ermordet worden, hat dabei jedoch keinen entsprechenden Affekt.

10. Juli. Verhält sich zur Zeit etwas ruhiger.

22. Juli. Im Anschluß an die Menses zunehmende Erregung, sitzt mit drohendem Gesichtsausdruck auf ihrer Matratze oder steht in kriegerischer Haltung, die Hände auf dem Rücken, da. Ist auffallend schamlos in ihren Reden und Gebahren.

24. Juli. Verhält sich abwehrend gibt nur abgerissene Antworten.

30. Juli. Häufig ohne äußere Ursache sehr erregt, schilt laut über den Mörder ihrer Kinder.

3. August. Ungeheilt nach der Irrenanstalt in Neustadt überführt.

Auch hier stellte mir die Direktion der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Neustadt die Krankengeschichte zur Einsicht zur Verfügung. Derselben entnehme ich folgendes:

Patientin liegt die ersten Tage ruhig zu Bett, verfolgt die Vorgänge ohne jedes Interesse, spricht wie abwesend vor sich hin. Ist unorientiert. Verhält sich ablehnend gegen Arzt und Wärterin. Nach einigen Tagen wird Patientin unfreundlich, gereizt, schimpft in zerfahrener Weise, leugnet Erscheinungen zu haben und Stimmen zu hören, hält sich vielmehr für völlig gesund. Nach wie vor besteht bei ihr die Idee, daß man ihre Kinder ermordet habe und daß man sie vergiften wolle. Oft beherrschen sie auch Größenideen. Mitunter geht Patientin agressiv gegen das Pflegepersonal vor. Ihren Ehemann, der sie zweimal besuchte, behandelte sie stets von oben herab, redete ihn mit »Sie« an und leugnet am nächsten Tage, daß ihr Mann sie besucht und sich mit ihr unterhalten habe.

Epikrise.

I. Fall.

Patientin, die stets sehr nervös und gereizt ist, und sich über jede Kleinigkeit aufregt, erkrankt in der Gravidität an sonderbaren Angst- und Verfolgungsanfällen. Schon während der beiden ersten Schwangerschaften war Patientin geistig nicht normal. Sie fiel öfters auf der Straße hin und behauptete nachher, sich auf nichts mehr erinnern zu können. Während der jetzigen Gravidität bekommt Patientin plötzliche Angstanfälle, die besonders abends und in der Nacht auftreten, schreit dabei laut um Hilfe und glaubt sich von Männern verfolgt, die sie ermorden wollen. Sie selbst will sich beim besten Willen nicht erinnern können, daß sie derartige Anfälle jemals gehabt habe. Es handelt sich hier um hysterische Dämmerzustände mit Halluzinationen, die jedesmal zur Zeit der Gravidität auftreten.

II. Fall.

Die schwermütige Verstimmung, unter der Patientin wohl von Jugend auf zu leiden hat (oft sehr traurig und verstimmt, viel geweint, zweimal sogar aus Schwermut Suicidversuch) führt bei der

Patientin zur Zeit der Gravidität zum Ausbruch einer schweren Melancholie. Die Patientin fürchtet schwanger zu sein, sie fühlt sich körperlich elend und schwach und ist auch infolge der krankhaften Willenlosigkeit, die sie befallen hat, unfähig, ihre täglichen Arbeiten zu verrichten. Sie ist dauernd sehr deprimierter und kleinmütiger Stimmung. Das Leben hat für sie keinen Wert mehr, da sie die Schande dieser Schwangerschaft nicht mehr länger ertragen könne. Da bei dieser schweren melancholischen Verstimmung der suicidale Trieb, dem ja Patientin schon zweimal stattgegeben hatte, sehr hervortritt, so war die Indikation zur Einleitung des künstlichen Abortes gegeben. Nach erfolgtem Abort tritt eine schnelle Heilung der puerperalen Melancholie ein. Doch dürfte hier die Prognose infolge der schwermütigen Veranlagung der Patientin als dubiös bezeichnet werden.

III. Fall.

Bei der Patientin ist wohl, da auch eine Schwester geisteskrank ist, ein gewisser Grad von erblicher Belastung anzunehmen. Die Psychose wird beidemale durch den vorhergehenden Partus unzweifelhaft ausgelöst. Das erstemal setzt 14 Tage nach der Geburt, die durch eine Nephritis in graviditate kompliziert ist, ganz plötzlich ein Zustand lebhafter Bewußtseinstrübung mit großer Verwirrtheit ein. Patientin ist völlig desorientiert, äußert Versündigungsideen (sie habe gemordet), hört Stimmen, und befindet sich in einem hochgradigen Erregungszustande (schlägt und spuckt um sich, wirft nach ihren Angehörigen). Diese Erregungszustände wechseln mit katatonisch-stuporösen Erscheinungen ab, ja diese letzteren Zustände beherrschen oft tagelang das ganze Krankheitsbild. Außerdem verweigert Patientin konstant die Nahrung. Es handelt sich demnach wohl bei der ersten Erkrankung der Patientin um eine akute halluzinatorische Verwirrtheit, bei der die katatonischen Erscheinungen schon lebhaft in den Vordergrund treten. Nachdem Patientin als gebessert entlassen worden ist, legt sie auch zu Hause noch in der ersten Zeit ein geistig nicht ganz normales Benehmen an den Tag, indem sie oft falsche Angaben über Zeit, Ort und Umgebung macht. Die definitive Heilung tritt nach den Angaben der Angehörigen ganz plötzlich und unvermittelt ein und hält 3 Jahre an. Da bricht diesmal im Anschluß an einen Abort im 6. Monat wieder eine Geisteskrankheit bei der Patientin aus. Diesesmal tritt sofort der Stupor, die Interesselosigkeit und Stumpf-

heit sehr deutlich hervor. Patientin sitzt den ganzen Tag mit gespanntem Gesichtsausdruck an einer Stelle, beschäftigt sich nicht, spricht nicht. Verhält sich vollkommen negativistisch. Es handelt sich bei dieser Krankheit um eine Katatonie. Die Prognose dürfte in diesem Falle mit Rücksicht auf die frühere geistige Erkrankung und auf den langsamen Verlauf als schlecht zu bezeichnen und Übergang in Demenz sehr wahrscheinlich sein.

IV. Fall.

Unmittelbar post Partum, der sehr schwer (Gemini) und unter großem Blutverlust verlaufen ist, entwickelt sich bei der Patientin, die erblich nicht belastet ist, eine traurige Verstimmung. Patientin ist sehr still, spricht sehr wenig, es fehlt ihr ferner jegliche Initiative und Willenskraft, sodaß sie zu Hause zu jeder Arbeit, auch der geringsten, angehalten werden muß. Dazu kommt, daß Patientin sich körperlich matt und elend fühlt und schlecht schläft. Auch beherrschen sie Verarmungsideen (das Geld reicht nicht mehr aus). Ferner bestehen Angstaffekte, doch sind Suicidgedanken bei der Patientin nie aufgetreten. Es handelt sich hier um einen leichten Fall von Melancholie (Melancholia simplex). Beachtenswert ist in diesem Falle noch, daß die Patientin kurze Zeit nach der Entlassung die neue Gravidität und das Puerperium gut und ohne jede psychische Störung überstanden hat.

V. Fall.

Erbliche Belastung liegt bei der Patientin nicht vor. Die Psychose beginnt einige Tage post Partum mit einem akut einsetzenden Erregungszustand, indem sie viel Lärm macht, laut um Hilfe schreit, in sinnloser Weise mit dem Beil nach ihrem Mann schlägt. Auch beherrschen sie von Anfang an Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Gehörs und des Gesichts (versteht, was die Vögel singen, sieht Christus, ihren Großvater). Ferner bestehen Stereotypien (Schnalzen mit der Zunge), Manieren (pastorale Bewegungen und pathetische Haltungen). Die heftigen Erregungszustände werden von Zeiten unterbrochen, in denen die Patientin ruhig, geordnet und leidlich orientiert ist, doch herrscht im großen und ganzen der Erregungszustand mit großer motorischer Unruhe und starken Sinnestäuschungen vor. Paranoische Ideen (glaubt das nachgeahmte Christuskind zu sein) treten in beiden Phasen

des Krankheitsbildes auf. Psychisch besteht eine große Zerfahrenheit des Denkens und Abstumpfung des Gefühls. Es handelt sich in diesem Falle um eine Katatonie. Der lange Bestand ohne irgendwelche Rückbildungserscheinungen läßt die Prognose als sehr ungünstig erscheinen, und Übergang in Demenz dürfte wahrscheinlich sein.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die freundliche Überlassung der Krankengeschichten, sowie für die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

W. Runge: Die Generationspsychosen des Weibes. Archiv für Psychiatrie. 48. Bd. H. 2.

Jolly: Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. Archiv für Psychiatrie. 48. Bd. H. 2.

Aschaffenburg: Über die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. LVIII, S. 337. 1901.

Fürstner: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Archiv für Psych. 1874.

Behr: Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Zentralblatt Nr. 11, S. 522.

Scherer: Über die Geistesstörungen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft des Weibes. J.-D. Kiel 1905.

Siemerling: Beitrag zu den Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik. Bd. VI. 2.

Siemerling: Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger und Siemerling.

Siemerling: Menstruationspsychosen. Zeitschrift für Psych. Bd. 62.

Hoche: Über puerperale Psychosen. Archiv für Psych. Bd. XXIV. S. 612.

Meyer: Über Puerperalpsychosen. Archiv für Psych. 48. Bd. H. 2.

Lebenslauf.

Ich, Kurt, Wilhelm, Heinrich Frommer, evang. Konfession, wurde am 24. Februar 1888 als Sohn des Vorwerkbesitzer Albrecht Frommer zn Schweidnitz i. Schl. geboren. Nach 3jähriger Vorbereitung auf der evang. Knaben-Mittelschule meiner Vaterstadt, besuchte ich das Gymnasium ebendaselbst, wo ich Michaelis 1906 das Reifezeugnis erhielt. Darauf widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Marburg, Breslau und Kiel.

Das Physikum bestand ich Anfang März 1909 in Marburg, das medizinische Staatsexamen am 16. Dezember 1911 in Kiel und das medizinische Doktorexamen am 22. Dezember 1911 ebendaselbst.